

Travail de la clinique du professeur FAVRE

**Sur une forme rare de tuberculose
de la muqueuse pituitaire :
l'Ulcère tuberculeux du nez**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BOURGEOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie

Né le 2 Septembre 1912, à MONT ET MARRÉ (Nièvre)



LYON

BOÏC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

Sur une forme rare
de tuberculose de la muqueuse pituitaire :
L'ulcère tuberculeux du nez



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552411_0023

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 198

Travail de la clinique du professeur FAVRE

**Sur une forme rare de tuberculose
de la muqueuse pituitaire :
l'Ulcère tuberculeux du nez**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BOURGEOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie

Né le 2 Septembre 1912, à MONT ET MARRE (Nièvre)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique	{	BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile	{	FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique urologique.....	{	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	{	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie	{	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie	{	MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne	{	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire	{	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène	{	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon.
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINE	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	GREYSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, *président* : DECHAUME, *assesseur* ;
DELORE et LEVRAT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA MERE

Puisse ce modeste travail lui apporter le témoignage de mon profond amour et de ma reconnaissance infinie.

Sa joie est aujourd'hui ma meilleure récompense.

A MON PERE

Je lui dois tout, et ce travail n'est qu'une bien faible compensation vis-à-vis des sacrifices qu'il s'est imposés pour moi ; qu'il le reçoive néanmoins comme un gage de ma profonde reconnaissance et de ma grande affection.

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MA FIANCEE

A MON BEAU-FRERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

*Professeur de Clinique
des maladies cutanées et vénériennes
de la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin Honoraire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous avons contracté envers lui une dette de profonde reconnaissance : après nous avoir confié le sujet de cette thèse, il nous y a guidé pas à pas. Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus cordial et il ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine. Qu'il trouve ici l'expression de nos plus vifs remerciements et de notre profonde gratitude. Nous n'oublierons jamais sa bienveillante sollicitude, ni le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOS JUGES

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL. CRISTAU
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
MILITAIRE ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
DESGENETTES

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

A NOS CHEFS

Sur une forme rare
de tuberculose de la muqueuse pituitaire :
L'ulcère tuberculeux du nez

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Nous avons pris comme sujet de thèse, l'étude de l'ulcère tuberculeux des fosses nasales, ayant eu la bonne fortune de posséder, pour aborder ce sujet, une observation très complète de cette variété rare de tuberculose endonasale, recueillie par notre maître, Monsieur le Professeur Favre, dans sa clinique de l'Hôpital Edouard-Herriot.

Le malade a été suivi de très près, pendant la courte évolution de sa maladie, et dans les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous n'avons pas trouvé de cas aussi typique, aussi démonstratif, de la lésion que nous nous proposons d'étudier.

Le diagnostic porté à ce sujet ne peut laisser aucune place au doute ; tous les arguments, on le verra, sont réunis, qui permettent d'affirmer que la lésion ulcéreuse de la pituitaire, dont notre malade était atteint, était une lésion virulente, d'une particulière malignité.

Nous rapporterons tout d'abord, cette observation,

avec les commentaires qu'elle comporte ; nous exposerons les raisons du diagnostic porté à propos de cette lésion ; nous rapprocherons de notre observation, quelques cas semblables recueillis dans la littérature ; puis montrant en quoi cette affection diffère d'autres déterminations de la tuberculose nasale, nous ferons une étude générale de l'ulcère tuberculeux du nez.

Nous abordons donc d'emblée notre sujet par l'observation de notre malade.

OBSERVATION I

(Recueillie par M. le Professeur FAVRE,
dans sa clinique de l'Hôpital Edouard-Herriot)

Ex... Jean, 50 ans, employé de tramway, se présente le 25 février 1939, à la consultation de la Clinique Dermatologique, pour une ulcération endonasale qui s'est installée sans douleur, ni gêne notable, s'est peu à peu agrandie, et a résisté à tous les traitements qui ont été institués.

Le diagnostic porté jusque là a été celui d'ulcération pyodermitique ; c'est la ténacité de cette lésion qui a conduit le malade à nous demander un avis.

On constate que l'aile droite du nez présente, sur une assez large étendue, une teinte d'un rouge violacé, mais aucune ulcération n'est visible à l'extérieur du nez ; dès que l'on regarde la cavité nasale droite, on aperçoit, sur la cloison, une ulcération dont la limite inférieure est à trois millimètres environ du bord cutané. Cette ulcération se prolonge, vers le haut de la cloison, sur une hauteur de près d'un centimètre et demi ; elle contourne l'angle formé par la cloison et l'aile du nez, et gagne l'aile du

nez à la face interne de laquelle elle s'étale, tout en restant distante de l'orifice narinaire qu'elle n'affleure pas.

Cette ulcération a partout le même aspect ; elle est de profondeur variable ; son fond lardacé, est, par place, tapissé de gros bourgeons pâles, œdémateux, rosâtres ; elle n'est pas le siège d'exsudation notable, ni de suintement hémorragique ; les concrétions qui s'y forment sont relativement peu épaisses, jaunâtres et se détachent assez facilement. L'aile du nez est légèrement infiltrée, mais elle est restée souple ; l'orifice nasal n'est pas rétréci.

Peu douloureuse au début, cette lésion a pris bientôt un autre caractère ; aujourd'hui, la pression sur l'aile du nez, sur le rebord inférieur de la cloison nasale, provoque une vraie sensation douloureuse.

Le malade n'aurait jamais eu de maladie vénérienne. Il aurait eu une pleurésie à 18 ans et depuis trois semaines seulement il dit tousser et avoir perdu l'appétit.

L'exploration des ganglions ne révèle pas d'adénopathie cervicale gauche ; on trouve seulement dans la loge sous-maxillaire droite deux petits ganglions durs, et, au cours de cet examen du cou, un peu en avant du sterno-cléido mastoïdien gauche, à mi-hauteur du cou, une tuméfaction régulière très apparente, qui mesure 5 à 6 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. Cette tuméfaction dirigée parallèlement au sterno-mastoïdien est remarquable par sa consistance qui est celle d'une collection flasque, très peu tendue, dépressible, fluctuante, d'une indolence absolue.

La peau qui la recouvre est de coloration normale. Une ponction est immédiatement pratiquée, qui permet de retirer de cette poche dix centimètres cubes environ d'un pus grumeleux verdâtre.

Le point de départ de cet abcès, échappe à l'examen ; il n'existe aucune douleur vertébrale, aucun point d'ostéite de voisinage ; il n'est pas commun d'autre part d'observer

de telles collections à point de départ ganglionnaire : on ne trouve d'ailleurs pas trace d'une adénopathie de voisinage.

L'existence de ce curieux abcès froid sous-cutané, et les caractères de l'ulcération endonasale font porter le diagnostic d'ulcère tuberculeux.

Ce malade, sur nos conseils, est hospitalisé.

28 février 1939. — L'examen complet confirme le diagnostic porté à la consultation ; l'auscultation pulmonaire montre l'existence, aux deux sommets, d'une tuberculose cavitaire : la radioscopie révèle de très importantes lésions ulcéreuses des deux sommets et des infiltrations des deux tiers inférieurs des deux poumons, se traduisant par de grosses nébulosités, et, vers la base, par des images granuleuses.

Le pus retiré de l'abcès cervical contient des bacilles de Koch ; il en est de même des crachats et des produits de raclage de l'ulcération du nez ; le malade tousse beaucoup. Sa voix est nettement altérée ; il accuse des douleurs à la déglutition ; l'examen du pharynx n'y montre aucune lésion.

3 mars 1939. — L'état général du malade s'altère rapidement ; la fièvre est élevée, la toux incessante, l'appétit nul.

La lésion endonasale a nettement progressé ; elle tend à gagner le rebord inférieur de la cloison ; on constate aujourd'hui très nettement, qu'à la limite de la zone de progression se voient de petits nodules jaunâtres, du volume d'une tête d'épingle d'acier ; deux sont isolés, d'autres sont groupés, pour former un amas un peu plus volumineux. Il ne s'agit pas de pustules ; une très fine spatule pénétrant dans un de ces infiltrats en ramène une petite masse onctueuse, plus consistante que du pus ordinaire, et dans laquelle on a trouvé des bacilles de Koch. Ces nodules jaunes, véritables petits tubercules de progression sont tout à fait comparables aux grains jaunes observés autour des ulcérations bacillaires.

L'abcès du cou ne s'est pas reformé, il est réduit à une masse pâteuse, absolument indolente.

14 mars 1939. — L'état du malade continue de s'aggraver; l'ulcération nasale a progressé; elle affleure le bord inférieur de la cloison; à plusieurs reprises de nouveaux points jaunes ont été observés à sa périphérie; la voix s'est éteinte; la toux basse et déchirante est incessante; les douleurs de la déglutition sont de plus en plus marquées.

Le pharynx et toute la partie inférieure du voile offrent le plus curieux aspect: toutes ces muqueuses ont pris un aspect opalin, sans ulcération visible. Les muqueuses ainsi modifiées sont œdémateuses; à la limite de la zone opaline, le voile du palais présente un liseré congestif très net.

23 mars 1939. — Le malade est, ce matin, cyanosé, anhélant; c'est un moribond dont l'infection a marché avec une extraordinaire rapidité. L'ulcère du nez s'est encore étendu vers le haut; il a peu progressé vers l'orifice narinare; il est couvert d'une sorte d'enduit jaunâtre, inégalement épais, sous lequel apparaissent des bourgeonnements pâles, œdémateux. Le Professeur Rebattu, qui a bien voulu examiner le malade, constate que l'ulcère commence d'apparaître à la face gauche de la cloison. Les singulières lésions du pharynx et de la partie inférieure du voile sont encore plus apparentes que les jours précédents; les muqueuses largement envahies sont d'un blanc grisâtre uniforme; elles sont infiltrées, lardacées, sans ulcération visible; la partie moyenne de l'épiglotte a disparu, les deux parties latérales forment des sortes de cornes de chaque côté de la perte de substance. La muqueuse du vestibule laryngé a le même aspect que celle du pharynx; il n'est pas possible de voir les cordes.

A la partie postérieure du coude droit, le long du cubitus, s'est formée depuis quelques jours une poche peu tendue, fluctuante, en tous points analogue à celle de la région cervicale; elle paraît s'être formée dans le tissu cellulaire;

l'exploration du squelette ne révèle aucun point douloureux et la radiographie montre une intégrité articulaire complète.

24 mars 1939. — Le malade a été amené mourant par les siens.

Telle qu'elle a été recueillie, au fur et à mesure que se déroulaient les diverses phases évolutives de la lésion, l'observation qu'on vient de lire, est aussi typique qu'impressionnante.

C'est en un temps très court, de un mois, que le mal se constitue, prend une grande extension, en même temps qu'évolue chez le malade, une tuberculose pulmonaire aiguë. L'ulcération endonasale s'est développée chez un sujet présentant des lésions évolutives de tuberculose ; si Ex... en effet, disait ne tousser que depuis quelques semaines, il semble bien que chez cet ancien pleurétique, le début des localisations pulmonaires, ait été plus ancien. Le fait est d'ailleurs confirmé par sa famille, et sa femme nous a dit qu'il toussait depuis près de trois mois, et qu'à dater de cette époque il avait perdu l'appétit et beaucoup maigri. La lésion nasale est donc ici nettement secondaire, ce qui d'ailleurs, est le cas le plus fréquent, ainsi que nous aurons à le constater, en étudiant l'ulcère tuberculeux.

La localisation pituitaire une fois constituée, a pris assez rapidement une extension notable ; les lésions strictement endonasales qui paraissent avoir débuté au niveau de la cloison, se sont ensuite étendues à la muqueuse de l'aile du nez et présentent des caractères que notre observation décrit minutieusement :

Peu exsudative, peu croûteuse, sans tendance à rétrécir l'orifice nasal, l'ulcération relativement peu creusée, recouverte par place d'un exsudat jaunâtre peu épais, était ailleurs tapissée de ces bourgeons œdémateux mous, que l'on rencontre souvent, formant le fond des lésions, de la tuberculose ulcéreuse vraie des muqueuses et de la peau. A peine l'ulcère endonasal se traduisait-il extérieurement par une coloration, d'un rose violacé de la peau de l'aile du nez, qui, quoique légèrement infiltrée, avait conservé une souplesse normale.

Nous insistons et nous y reviendrons, sur le caractère douloureux de cette ulcération muqueuse.

D'autre part, au cours de sa progression, Monsieur le Professeur Favre, à la périphérie de la lésion, dans sa zone d'extension, a plusieurs fois observé de petits nodules jaunâtres isolés ou agglomérés, qui ne tardaient pas à être englobés dans l'ulcération principale, la destinée de ces petits tubercules d'avant-garde, étant de se ramollir et d'étendre le domaine de l'ulcère.

Une autre singulière particularité de notre malade fut l'apparition, à la région cervicale, dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'une collection purulente froide, de nature tuberculeuse, dont il a paru difficile de préciser le point de départ, et, dans laquelle on a trouvé, comme dans les lésions nasales, le bacille de Koch en abondance.

Les lésions du nez semblent s'être constituées, au moment où l'état général de ce malade a brusquement fléchi, où l'évolution des lésions pulmonaires s'est précipitée, et pendant le court séjour qu'il fit à l'hôpital,

la progression de l'infection tuberculeuse a été particulièrement rapide. Venu consulter le 25 février 1939, se plaignant seulement de la lenteur de cicatrisation d'une ulcération nasale, d'ailleurs douloureuse, le malade est emporté mourant de l'hôpital un mois plus tard.

En résumé, les principaux points à noter dans cette observation sont les suivants :

— L'apparition de la *localisation nasale* chez un sujet déjà nettement atteint de *lésions pulmonaires évolutives*.

— Le caractère *ulcéreux* de cette atteinte.

— Son mode de *progression* de proche en proche, par l'extension des lésions de caséification et le développement de *granulations miliaires* dans la zone périphérique de l'ulcère. Il faut noter également :

— Le caractère *douloureux* de l'ulcération pituitaire ;

— La coexistence ou la formation, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de *collections froides* ;

— La gravité de l'atteinte de l'*état général* et la *marche extrêmement rapide* de l'infection tuberculeuse.

Le diagnostic clinique porté, a été pleinement confirmé par les examens de laboratoire, et le bacille de Koch a été décelé, dans les exsudats de l'ulcère nasal, dans le pus des abcès froids du tissu cellulaire, dans l'expectoration du malade enfin. Lorsque nous résumerons rapidement, les caractères de l'ulcère tuberculeux véritable de la pituitaire, nous constaterons que l'observation qui fait le sujet de notre thèse, pourrait être donnée en exemple, tant la lésion dont elle rapporte les caractères et l'évolution, est typique, nous dirions

volontiers schématique. Dans les traités classiques, dans les monographies, il est parlé de la tuberculose ulcéreuse de la muqueuse pituitaire, **de cet** ulcère tuberculeux du nez, mais les observations **restent** en petit nombre. Nous nous proposons maintenant d'en rapporter quelques-unes qui se rapprochent de la nôtre.

OBSERVATION II

(Cas observé par TISSIER, in thèse d'OLYMPITIS)

Paul G..., employé de commerce, 36 ans, se présente en août 1889, à la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu, service du Professeur Proust.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans d'*affection pulmonaire* chronique, probablement tuberculeuse. Mère bien portante. Sœur atteinte de *coxalgie*.

Deux enfants bien portants, mais strumeux.

Antécédents personnels. — G... s'est toujours bien porté jusqu'en 1887. Au mois de décembre de cette année, il fut pris d'un point de côté avec frisson et fièvre, puis une *pleurésie droite* s'installe. Depuis cette époque il ne s'est jamais remis complètement, mais a néanmoins repris son travail jusqu'à ces derniers temps.

La *toux* d'abord sèche et rare est devenue fréquente ; l'expectoration purulente. Jamais d'hémoptysie, mais *sueurs nocturnes*, amaigrissement et perte de force. Il y a deux mois le malade a remarqué un écoulement assez abondant, purulent par la narine gauche. En même temps apparaissent de fréquentes *épistaxis* ordinairement légères et provoquées le plus souvent par l'attouchement des doigts, ou par l'acte de se moucher. *Pas de douleur*, mais une *gêne* à la respiration et une sensation de chatouillement qui portaient le malade à mettre son doigt dans son nez.

Etat actuel. — Malade amaigri, visage émacié, l'état des forces est cependant assez satisfaisant, bien que le malade ait dû suspendre son travail.

Poumons. — Râles sous-crépitants à grosses bulles ; en arrière au sommet droit, râles muqueux sous-claviculaires.

Matité de la fosse sus-épineuse.

A gauche submatité au sommet, quelques râles secs, souffle bronchique. Toux fréquente, expectoration abondante.

Larynx. — Voix légèrement enrouée depuis plusieurs mois. Pâleur du voile du palais, infiltration de la région arythénoïdienne droite et de la bande ventriculaire du même côté.

Exulcération de la corde vocale gauche à sa partie postérieure.

Nez. — A droite, rien d'anormal. A gauche, *pâleur* générale de la muqueuse, sauf au niveau de la cloison cartilagineuse, où existe une *ulcération* entourée d'une auréole rouge vif.

L'ulcération s'étend en bas jusqu'au plancher qu'elle ne déborde pas. Elle est *ovale*, à grand axe dirigé d'avant en arrière, du diamètre d'une pièce de 0,25. Son fond est *pâle*, parsemé d'un semis de petites *granulations gris rosées* comme le reste de l'ulcération. *Mucosités* assez peu abondantes, faciles à enlever ; surface saignant facilement au moindre contact, *peu douloureuse* à l'exploration. Les bords assez réguliers sont légèrement *décollés*, à la partie antéro-postérieure ; ils sont très minces sans relief, de sorte que l'ulcération ne fait aucune saillie et ne repose sur aucune base indurée. La coloration des bords est plus intense que celle du fond de l'ulcère, et s'étend aux parties avoisinantes. Par place, on observe de petits *dépôts blanchâtres*, ou jaunâtres sur les bords, qui se détachent par le lavage. L'examen microscopique montre des *Bacilles de Koch*. Mis au traitement pendant 15 jours, amélioration légère ; l'écoule-

ment diminue, l'ulcération prend une teinte plus rose. Mais le malade ne peut être suivi en raison de son départ de l'hôpital, à la suite duquel on reste sans nouvelles de lui.

OBSERVATION III

(BESNIER, *in thèse de SPILLMANN*)

Elisabeth J..., blanchisseuse, âgée de 33 ans, entre le 25 février 1878 dans le service de M. Besnier (Hôpital Saint-Louis). Elle appartient à une famille où l'on est sujet aux *maladies de poitrine*. Sa mère et une de ses sœurs sont mortes de « bronchite chronique », dit-elle. Elle-même tousse depuis longtemps et a eu des *hémoptysies* assez abondantes. Elle entre à l'hôpital pour deux *ulcérations*, siégeant l'une à l'anus, l'autre à la *narine gauche*. L'ulcération anale a débuté la première. Traitée d'abord par une dilatation du sphincter, l'ulcération s'accroît cependant, elle déborde en dehors la région anale droite sur 3 cm. et remonte à l'intérieur du conduit sur une même hauteur ; largeur de 1 cm. à 1 cm. et demi. Elle présente tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse et est le siège de douleurs atroces au moindre attouchement et surtout à la défécation. La lésion suinte abondamment.

Les lésions nasales n'ont apparu que depuis quatre mois, elles occupent la narine gauche. Elles sont constituées par une ulcération, dont la limite inférieure s'étend sur la sous-cloison sans atteindre à proprement parler la lèvre supérieure, et qui occupe surtout les parois interne et postérieure de la narine. Elle présente un *fond plat* peu excavé, *blanchâtre* et comme gélatineux, à travers lequel émergent des petites saillies arrondies, brillantes, plus colorées que le fond.

Au-dessus de cette partie qui constitue pour ainsi dire

son étage inférieur, l'ulcération se propage sur la cloison même, jusqu'à une limite qu'on ne peut préciser et continue à présenter les mêmes caractères objectifs. Elle est le siège d'une *exsudation sanguine* peu abondante, mais surtout d'une *sécrétion purulente*, dont le produit adhère le matin, à la surface de l'ulcère. Elle est *douloureuse* spontanément et à la pression. Un stylet pénètre librement dans les fosses nasales et ne rencontre ni dénudation osseuse, ni perforation de la cloison. La bouche est saine, mais sur le voile du palais, à sa partie moyenne se voit un semis de très petites *granulations brillantes*, sans réaction inflammatoire. La voix est légèrement enrouée. On note enfin, des lésions pulmonaires constituées par une *submatité* des deux sommets, plus accentuée à droite, avec souffle tubaire à gauche. Pas de râles, même après la toux.

L'observation n'indique pas quelle fut l'évolution de la maladie.

OBSERVATION IV

(CARTAZ, *France Médicale*, 19 juillet 1887)

M. X..., sujet de 43 ans, atteint depuis 3 ans de *tuberculose pulmonaire* et *laryngée*, est arrivé à un stade très avancé de sa maladie avec amaigrissement, sueurs nocturnes, toux, expectoration purulente abondante. Il présente à gauche sur la cloison, à 1 cm. en arrière du méat nasal, une *ulcération* du diamètre d'une pièce de 20 francs, *peu profonde* et recouverte d'une *petite croûte* brunâtre à l'ablation de laquelle on provoque un léger suintement sanguin. Le malade d'ailleurs avait de légères *épitaxis* lorsqu'il se mouchait fort. Sa lésion empiétant sur le *plancher* pour un quart de son étendue présentait un *fond rouge grisâtre, granuleux*, comme bourgeonnant. Le pourtour assez bien arrondi, présente

en arrière un bourrelet un peu surélevé et en avant une sorte de *décollement* de 1 mm., déchiqueté, anfractueux. En arrière de l'ulcération, se trouvent trois à quatre petites saillies jaunâtres, et autant de petites exulcérations, de la dimension d'une forte tête d'épingle.

La cloison n'est pas entamée. Le reste de la muqueuse nasale paraît peut-être un peu plus rouge qu'à l'état normal ; le malade n'éprouve *aucune douleur* ; il mouche un peu plus souvent, quelquefois de petites croûtes, mais c'est le suintement sanguin qui l'a frappé. Traité par des insufflations d'iodoforme, des tamponnements iodoformés, le *malade succombe* deux jours plus tard.

OBSERVATION V

(LAVERAN)

L..., soldat de 25 ans, entre le 7 septembre à l'hôpital militaire Saint-Martin, se disant malade depuis 15 jours seulement ; le diagnostic de *phtisie pulmonaire* est porté, et le malade est réformé le 30 octobre.

Le 6 décembre, érysipèle de la face qui entraîne un examen nasal, et permet de découvrir une *ulcération* à l'orifice de la narine droite du côté de la cloison, ayant l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à fond *grisâtre*, à bords arrondis. La lésion est *indolore*, saigne facilement quand on la touche, ne présente pas de points jaunâtres sur ses bords.

L'érysipèle disparaît le 14 décembre.

Le 20 décembre, signes de *pneumothorax* en même temps que l'*ulcération* s'accroît en superficie et en profondeur. Elle saigne quelquefois.

Le 6 janvier, la dyspnée persiste, et des signes d'*épanchement purulent* apparaissent ; l'ulcère fait alors le *tour de la*

narine droite et s'étend sur la cloison, jusqu'au cartilage qui est découvert. Mort le 29 janvier.

L'examen histologique de la muqueuse nasale n'a pas été fait.

OBSERVATION VI

(LAVERAN)

M. S..., capitaine, âgé de 43 ans, entre au Val-de-Grâce le 3 juillet 1876. Au moment de l'examen, le malade est à la dernière période d'une *phtisie pulmonaire* ; émaciation, dyspnée, toux, expectoration puriforme.

A l'auscultation, *craquements* humides et souffle dans toute l'étendue pulmonaire. A gauche, *gargouillements* sous-claviculaire et sus-épineux ; voix rauque éteinte. La laryngite a débuté la maladie.

A l'orifice interne de la *narine* droite, au niveau de la partie inférieure de la cloison du nez, on voit une *ulcération grisâtre*, sanieuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ. Les *bords* sont injectés, *rougeâtres* ; l'ulcération, qui n'est pas exactement arrondie, mais ovalaire, s'étend jusque sur la face *muqueuse* de l'*aile du nez*. Le malade n'en souffre pas ; les croûtes qui se forment dans la *narine* droite et qui tendent à l'*obstruer*, nécessitent seulement de fréquents lavages.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Le malade meurt le 23 août.

L'examen histologique de l'ulcération nasale a montré : disparition de l'épithélium au niveau de l'ulcère. On ne trouve que du tissu embryonnaire et des fibres élastiques, ayant résisté au processus inflammatoire, mais dissociées par des éléments de néoformation. Sur quelques points : *granulations* tuberculeuses. Les tubercules paraissent avoir érodé la substance hyaline du cartilage.

OBSERVATION VII

(MOURE, *in thèse de* BOUTARD)

X..., âgé de 39 ans, manoeuvre, vient à l'hôpital se plaignant de maux de gorge et d'oreille. A l'examen, otite catarrhale gauche moyenne.

Ulcération grisâtre à la gorge dans la loge amygdalienne.

Le malade dit avoir maigri depuis quelque temps.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de maladie, sinon des rhumes fréquents, et une bronchite qui persiste depuis un an.

Craquements secs, sous les deux clavicules et aux deux sommets.

Au larynx, pas de lésions visibles.

Malgré un traitement énergique, l'ulcère de l'amygdale progresse, gagne le pilier opposé ; les troubles de la déglutition augmentent, puis, le larynx se prend.

Vers le mois de janvier, apparaissent au poumon des *signes cavitaires*, l'amaigrissement progresse et le malade se plaint de moucher plus que de coutume. A l'examen du nez, jusque là négligé, sur le côté droit de la cloison, à la partie médiane du cartilage seulement, on observe une *ulcération d'un gris blanchâtre*, assez superficielle, avec un semis de *granulations* fines, en grains de semoule, recouverte d'une *sécrétion* pultacée, muco-purulente. Les bords se confondent graduellement avec le tissu sain. La lésion, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, est de forme ovale, dirigée d'avant en arrière. Le grattage est *peu douloureux*.

Malgré les pansements iodoformés et les attouchements à l'acide lactique, l'ulcération progresse néanmoins, gagne en profondeur, et le *malade succombe* bientôt, ne pouvant plus avaler, ni respirer.

OBSERVATION VIII

(Cas de RIEHL, *in thèse* de BOUTARD)

X..., 36 ans, entre à l'hôpital pour une *ulcération granuleuse* de la narine gauche, recouverte de croûtes, et une *ulcération du rebord alvéolaire* au niveau des deux incisives médianes. D'abord considéré comme syphilitique, il est mis en traitement sans résultat. Toux, fièvre vespérale et douleur dans le côté, puis bientôt *hémoptysie*. Ulcérations anfractueuses avec *granulations*. *Mort de phtisie*.

OBSERVATION IX

(Cas de RUAULT, *in thèse* de BOUTARD)

Homme de 35 ans, vu à l'hôpital Beaujon, atteint de *phtisie pulmonaire* avancée, présentait à l'entrée de la narine, une *ulcération* ovale de 1 cm. et demi de longueur d'avant en arrière, et de 1 cm. de haut. Elle siégeait à la partie inférieure et antérieure de la cloison, et empiétait sur le vestibule. Fond *grisâtre*, bords légèrement surélevés, quelques *granulations* blanchâtres, rappelant celles des ulcérations de la langue. L'examen du produit de raclage montre des *bacilles de Koch*.

OBSERVATION X

(Cas de MOURE, *in thèse* de BOUTARD)

M. X..., propriétaire, 29 ans, atteint de *tuberculose laryngée* depuis 6 ans, avec ulcération de la face interne de l'arythénoïde gauche et *pleurésie* double. Complètement rétabli par la suite.

Antécédents nuls, mais sujet aux bronchites. En hiver (1888-89) nouvelle bronchite, avec amaigrissement, et le malade se plaint de nouveau de la gorge, où siège une nouvelle ulcération. Il se *mouche beaucoup*, et éprouve une certaine *gêne* dans le nez.

L'examen rhinoscopique montre une *ulcération* à droite sur la cloison cartilagineuse, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, à *bords irréguliers anfractueux*, à *fond granuleux*, *gris rougeâtre*, avec semis de *granulations miliaires*. Un examen plus attentif montre une *deuxième ulcération*, située toujours du même côté, occupant le tiers postérieur de la cloison, et séparée de la première par un intervalle de peau saine.

Aucune lésion du pharynx.

Signes de *cavernes pulmonaires*.

Traitement. L'état général reste mauvais.

Mais l'ulcération nasale semble s'améliorer.

OBSERVATION XI

(SOKOLOWSKY, in *Gazeta Lekarska*, N° 15, 1885)

Jeune fille de 20 ans, entachée d'hérédité, présente au cours d'une *phtisie laryngée*, un *ulcère douloureux* de la cloison qui empiète sur la narine gauche et sur le *plancher des fosses* nasales. La perte de substance douloureuse, mesure 3 mm. Douleurs vives, surtout au toucher. *Bacilles de Koch* dans les sécrétions muqueuses, parfois sanguinolentes. L'ulcère a peu de tendance à la guérison et *s'étend* à la *lèvre supérieure* qui est tuméfiée. *Mort* par progrès des lésions pulmonaires.

OBSERVATION XII

(Cas de LUC, *in thèse* de BOUTARD)

M. G... présente des symptômes naso pharyngiens, consistant en un *écoulement muco-purulent* de la fosse nasale droite. Douleur dans la moitié gauche de la gorge, *quintes de toux* fréquentes, sèches. Rudesse du bruit respiratoire, et *râles* au sommet gauche. Au larynx *ulcération* du pilier postérieur gauche de la grosseur d'une lentille, *rouge pâle*, et ayant des *granulations jaunes* à sa périphérie.

A droite, sur le *cornet inférieur* à la face interne, *ulcération*, allongée d'avant en arrière et présentant les mêmes caractères.

Pas d'autres localisations sinon des lésions testiculaires.

Nous n'ajouterons, aux observations que nous avons rapportées, aucun commentaire pour le moment, nous les réserverons, à l'étude d'ensemble que nous ferons de l'ulcère tuberculeux de la pituitaire ; avant d'aborder ce point capital, nous étudierons très rapidement, les différents types de manifestations de la tuberculose de cette muqueuse.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE DE LA MUQUEUSE PITUITAIRE

Nous n'avons pas à décrire tous les types divers de lésions qui ont été attribuées à l'infection tuberculeuse de la muqueuse pituitaire, et nous ne ferons qu'en citer la plupart. Dans l'excellente monographie qu'ils ont récemment consacrée à ce sujet, et qui a pour titre « Tuberculose et tuberculides nasales », les professeurs Margarot et Terracol distinguent :

Des *lésions tuberculeuses, proprement dites*, de la muqueuse pituitaire, et des *formes atténuées ou para-tuberculeuses* de cette même infection.

Dans la tuberculose pituitaire proprement dite, ils classent :

- Le *lupus* de la muqueuse nasale,
- Les *tuberculomes*,
- La *forme ulcéreuse*, qui fait le sujet de notre thèse,
- La *tuberculose nasale osseuse*,
- La *tuberculose des sinus de la face*.

Nous n'entrerons pas dans les discussions, que peuvent soulever certaines de ces formes cliniques : elles

seraient pourtant d'un vif intérêt ; nous n'en citerons qu'un exemple ; il a trait à ces *formations végétantes* qui peuvent acquérir un volume relativement considérable, suffisant pour oblitérer les fosses nasales, et que MM. Margarot et Terracol désignent du nom de *tuberculomes*.

De nombreuses observations en ont été rapportées, et l'on trouvera dans la monographie des deux professeurs montpelliérains, la longue liste des noms des spécialistes, des oto-rhino-laryngologistes, qui ont décrit des cas semblables.

Il est à noter, que nombre d'observations signalent, et Margarot et Terracol insistent sur le fait, que *l'évolution* de semblables lésions est très *lente*. Citons ici les auteurs :

« L'évolution est très lente et indolente pendant de longs mois ou durant des années (huit ans dans un cas de Pasch ; sept ans dans un cas personnel).

Localement, la cloison se perfore et la masse tumorale envahit la fosse nasale opposée, (Martuscelli, David Gallatz). Coenen a décrit une *perforation du palais*, mais ce cas est étiologiquement discutable. L'envahissement des sinus n'est cité dans aucune observation ; de même l'atteinte d'autres organes. Les cas qui se compliquent de lésions somatiques, notamment pulmonaires, sont rares. (Tornwald, Koschier, Lincoln, Thomas). L'observation de Capart, où un tuberculome fut suivi de tuberculose miliaire aiguë, est exceptionnelle ».

Il importe également de faire remarquer, que la recherche du bacille de Koch reste *négative*, dans la

grande majorité des cas ; de plus cette forme pseudo-tumorale, évolue rarement vers la caséification.

En réalité, le diagnostic a été le plus souvent porté dans ces cas, en raison de la constatation dans les tissus, de *cellules géantes*, de *follicules de Köster* qui y sont parfois très abondants. Le professeur Favre, notre maître, a eu l'occasion d'observer un cas de lésions nasales, qui, par l'ensemble de ses caractères, est tout à fait superposable, aux plus typiques des observations de tuberculome de la muqueuse pituitaire. La tuberculose cependant n'était nullement en cause. Certes on eût pu emporter le diagnostic à la lecture des coupes où l'on rencontrait de nombreuses *cellules géantes*, des *follicules* ayant les caractères des follicules de Köster ; mais ces lésions étaient réparties dans une *muqueuse épaissie*, diffusément *infiltrée* par des cellules conjonctives, des *lymphocytes* et d'abondantes cellules *plasmatiques*. D'importantes *lésions vasculaires*, aboutissant à l'oblitération des vaisseaux donnaient à cette tumeur un aspect particulier, et le *traitement iodo-hydrargyrique* vigoureusement conduit ne tardait pas à amener la guérison complète du malade. On ne saurait assez répéter, combien, l'affirmation de la nature tuberculeuse d'une lésion, fondée sur le seul examen histologique, sur la seule constatation de cellules géantes, de formations tuberculoïdes, est discutable. Elle a fait commettre les plus regrettables erreurs, faussé l'interprétation correcte de lésions qui eussent guéri simplement par la médication spécifique judicieusement appliquée.

Certes notre maître, ne prétend pas que tous les

cas, dits de tuberculome nasal, étaient en réalité des syphilomes infiltrés, des syphilomes en tumeur, des fosses nasales. Il y a toutefois lieu de s'étonner du nombre de caractères négatifs, que présente cette forme de tuberculose, qui se *prolonge* pendant si longtemps, des mois, des années même ; dans les lésions de laquelle on *ne peut mettre en évidence* le bacille de Koch ; qui *effondre* parfois la cloison, et qui n'est pas accompagnée d'autres manifestations viscérales.

Il n'est rien de plus fâcheux en médecine, qu'un dogme erroné ; il revêt force de loi, n'est plus discuté, tranche les difficultés, et, le pouvoir qu'il possède ainsi n'est que plus redoutable, si ce dogme n'est en réalité qu'une incontestable erreur. La vérité est longue à se faire jour et, notre maître, soit seul, soit avec le professeur Nicolas, a eu beau multiplier les observations, rapporter des faits qui ne laissent aucune place au doute, ce vieux dogme de la cellule géante, reste toujours debout, au grand dommage de la réalité et de la judicieuse interprétation des faits...

Nous ne parlerons pas ici de la tuberculose nasale osseuse, ni de la tuberculose des sinus de la face ; nous n'aborderons pas davantage le chapitre des discussions que peut soulever la nature de nombreuses lésions, rattachées avec une certitude plus ou moins grande, à l'infection tuberculeuse ; nous avons à traiter d'une tout autre chose, que d'une forme atténuée de la tuberculose pituitaire, de paratuberculose.

Il est agréable de se trouver sur un terrain solide et dans cette vaste question de la tuberculose nasale, nulle lésion en effet ne présente plus hautement les caractères

propres à l'atteinte par le bacille de Koch, que l'ulcère tuberculeux du nez.

Le *lupus* des fosses nasales, est également une forme incontestable d'infection tuberculeuse ; on connaît sa fréquence, et on sait que souvent, le *lupus* de la face débute par la muqueuse pituitaire « son véritable berceau », avant de gagner les téguments du visage.

Nous arrêtons là, la simple énumération que nous avons faite, des lésions cliniques attribuées au bacille de Koch. Il nous a paru utile, en citant quelques-unes d'entre elles, d'exposer rapidement ces quelques considérations que nous ne pouvons développer davantage, et qui nous détourneraient du sujet que nous nous sommes proposé.

CHAPITRE III

L'ULCERE TUBERCULEUX DU NEZ

Il est superflu de rappeler, qu'il est classique de distinguer, deux groupes de lésions cutanées ou muqueuses, attribuées au bacille de Koch. Celles du premier groupe appartiennent à la *tuberculose vraie*, par un ensemble de preuves concordantes, établissant avec certitude leur origine tuberculeuse.

Pour d'autres lésions au contraire, la relation est plus discutable, et c'est à ce second groupe, que Darier a proposé de donner le nom de *tuberculides*.

Notions générales.

L'ulcère tuberculeux est avec certaines *formes granuliques*, telles que la maladie d'Isambert, la forme la plus typique et la plus *virulente* de la tuberculose vraie, de la peau et des muqueuse malpighiennes.

On connaît quels en sont les grands caractères :

Généralement *secondaire*, il survient chez des *tuberculeux en évolution*, le plus souvent *pulmonaires* et avec un maximum de fréquence, semble-t-il, de 25 à 50 ans (Retrouvey), sans distinction de sexe. Il serait

presque toujours, chez ces tuberculeux avérés, le résultat d'une *auto-inoculation directe*, à la faveur d'une plaie minime, d'une excoriation de la muqueuse. L'ensemencement par *voie hématogène* est toutefois possible, ainsi qu'en témoignent certaines lésions d'*artérite oblitérante profonde* décrites par Hanot et retrouvées par Monsieur le Professeur Favre, dans une forme particulière d'ulcère tuberculeux grave de la peau, l'*ulcère « emporte-pièce »* ;

Il s'observe en des points, où la peau et les muqueuses sont en *contact* plus fréquent, on peut même dire *permanent*, avec le bacille de Koch ; c'est ainsi qu'il siège le plus souvent aux *deux extrémités du tube digestif*, sur la langue, aux lèvres, à la région anale ;

Il a des *caractères cliniques particuliers*, et sa nature tuberculeuse, s'affine moins, par le type histologique de ses lésions, que par la *présence in situ*, du bacille de Koch. Ces lésions sont d'ailleurs le plus souvent très riches en *cellules épithélioïdes* ⁽¹⁾, en foyers *caséeux*. Elles sont caractérisées par l'épaississement léger de l'*épithélium* au pourtour de l'ulcère alors qu'à son niveau, il *a disparu*, faisant place à une couche fibrinoïde, présentant des îlots sphacelés envahis de polynucléaires

(1) On a donné comme caractéristique de l'ulcère tuberculeux virulent la très grande abondance des *cellules épithélioïdes et géantes*. On retrouve cette notion à la lecture de la Nouvelle Pratique Dermatologique, dans l'article rédigé par M. Pautrier. Notre maître a eu cependant l'occasion d'observer un ulcère tuberculeux de la langue chez un malade atteint de tuberculose aiguë, rapidement évolutive. Cette lésion, où sur la coupe les *bacilles* étaient très nombreux ne montrait que des *transformations épithélioïdes éparées*, et d'ailleurs *discrètes*, le reste de la lésion étant formé d'une infiltration polymorphe, où prédominaient les *lymphocytes* et les *cellules conjonctives*.

et au-dessous de laquelle, les *follicules de Köster* arrondis, parfois nécrosés en surface, parsèment abondamment les tissus. Ces follicules sont également retrouvés, au pourtour de la lésion et même dans une zone restreinte du tissu avoisinant, paraissant sain. Il est toujours possible de déceler, à leur intérieur des bacilles de Koch.

En profondeur, parmi l'infiltration lymphocytaire, on a pu mettre en évidence, comme nous venons de le dire, des *lésions vasculaires*, représentées par un épaississement des artérioles.

Quelle est la *fréquence*, de la localisation de l'ulcère tuberculeux, à la muqueuse pituitaire ?

Un court historique nous donnera une idée à ce sujet ; mais nous pouvons d'emblée en résumer les conclusions : « *L'Ulçère tuberculeux de la pituitaire est rare* ».

Historique.

Nous ne possédons pas de statistique certaine relative à la fréquence de l'ulcère tuberculeux, et nous nous bornerons à signaler les cas que nous avons pu relever dans la littérature, et qui pour un certain nombre, figurent déjà dans les observations de notre travail. Parmi ces recherches, d'ailleurs, il nous faut dire que nous n'avons retenu, que les cas absolument typiques d'ulcères tuberculeux, éliminant ceux qui, soit par une description insuffisante, soit par certains caractères atypiques, nous ont paru douteux.

Avant d'aborder l'historique, qu'il nous soit permis, pour fixer les idées, de rappeler la fréquence de la tuberculose nasale :

Frankel avait trouvé sur 50 autopsies, 29 lésions de l'oreille et du pharynx, *jamais de lésions nasales*.

La statistique de Delavan Bryson portant sur 114 cas, se répartit ainsi :

Langue	51 cas
Pharynx	24 cas
Bouche	22 cas
Voile du palais	8 cas
Amygdales	4 cas
Fosses nasales	5 cas

Weischselbaum, recherchant systématiquement la tuberculose nasale chez les phtisiques en note deux cas sur 146.

D'après Gerber, la tuberculose nasale n'occupe que 0,28 % des cas d'affections nasales, 0,14 % pour Chiari, 0,5 % pour Droubrovsky.

La *forme ulcéreuse* qui se trouve la *modalité la plus rare* des localisations nasales est encore plus exceptionnelle.

C'est habituellement à Willigk que les auteurs font remonter la première indication, en 1853, de l'existence d'ulcérations endonasales, d'origine tuberculeuse ; il semble bien, cependant, que ce soit Bayle le premier, qui en ait soupçonné la nature. Dès 1820, en effet, dans ses recherches sur la phtisie pulmonaire, il écrivait : « Il existe des ulcérations qui occupent assez souvent la bouche, le pharynx, et même

les fosses nasales, et ne ressemblent en rien aux aphtes. Je soupçonne que cette affection tient à la diathèse tuberculeuse. » Néanmoins, jusqu'à 1853, où Willigk, sur 476 autopsies, pratiquées à l'Institut anatomo-pathologique de Prague, note un cas d'ulcération tuberculeuse de la cloison nasale, rien n'est publié à ce sujet.

Quelques années plus tard, en 1871, Capart, de Bruxelles, rapporte 3 cas d'ulcères tuberculeux. Deux fois, la lésion siégeait à l'entrée de la fosse nasale droite, une autre fois, elle n'était appréciable que par la rhinoscopie postérieure et avait envahi l'extrémité postérieure des cornets moyen et inférieur. L'auteur note que l'ulcération était très douloureuse.

Nous ne ferons que rappeler les deux observations de Laveran, communiquées à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1876, et que nous avons rapportées en détail, ainsi que celle du travail de Spillmann, en 1878, et les 2 cas de Weichselbaum, en 1881, déjà cités.

Nous n'insisterons pas davantage sur le cas de Riehl, publié en 1881, sur celui de Cartaz en 1887, qui parut, accompagné du premier travail d'ensemble sur la question, pas plus que sur celui de Luc, ni sur les deux observations de Moure, publiés respectivement en 1888 et 1889, et que nous rapportons également.

Quelques années avant ces publications, en 1883, nous relevons deux cas de Demme qui, bien que coexistant avec de l'ozène, nous semblent présenter tous les caractères spécifiques de l'ulcère tuberculeux,

et pour lesquels le bacille de Koch a pu être reconnu dans les sécrétions.

Nous citerons pour mémoire le cas de Sokolowski, rapporté en 1885, celui de Ruault en 1886, qui figurent l'un et l'autre dans notre thèse, et nous signalerons les thèses de Boutard en 1889, et d'Olympitis en 1890, présentées à Paris, et qui rassemblent la plupart de ces observations.

La même année, Michelson décrit chez un phtisique une *ulcération* siégeant à la partie antérieure de la narine et de la cloison gauches, recouverte de sécrétions jaunâtres, contenant des bacilles de Koch en abondance, et suivie rapidement de la mort du malade. Herzog, en 1893, publie un nouveau cas et, en 1895, trois autres sont le fait de Koschier.

A dater de cette époque, malgré les nombreuses recherches que nous avons faites, nous n'avons découvert que peu d'éléments nouveaux. En 1907, paraît une étude de Caboche qui, groupant dans un tableau d'ensemble les diverses formes de la tuberculose nasale, ne nous apporte aucun nouveau cas.

Droubrovsky, de Kiev, en 1929, présente une malade de 27 ans souffrant de tuberculose pulmonaire et présentant au pharynx, à l'amygdale et dans la *cavité nasale* droite, des ulcérations de type tuberculeux et contenant des bacilles de Koch. Cette malade mourut bientôt de ses lésions pulmonaires.

Nous signalerons ensuite une étude clinique et histologique des ulcérations tuberculeuses du nez, publiée par Russo-Fratassi, en 1933, mais que nous n'avons pas pu nous procurer, et enfin la monogra-

phie de Margarot et Terracol : « Tuberculose et tuberculides nasales », qui constitue le dernier travail en date (1938) et où les auteurs, d'ailleurs, ne rapportent aucun cas personnel.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir été complet, et nous avons certainement omis, sans le vouloir, certains travaux, en particulier étrangers. Nous ne pensons pas cependant qu'en dehors d'une notion statistique, ils nous eussent appris beaucoup plus de choses sur les caractères et l'évolution de l'ulcère tuberculeux.

D'après les observations que nous avons rapportées, nous pouvons maintenant décrire l'ulcère tuberculeux.

Etude clinique.

L'ulcère tuberculeux de *la peau* débute, en général, par une petite élevation pâteuse, de coloration rose qui, progressivement, se ramollit, puis s'ulcère; mais il est exceptionnel, pour le nez, que l'examen soit fait dès cette période, et l'on peut dire que c'est toujours *l'ulcération* constituée qu'on est appelé à examiner. Nous n'avons, en effet, trouvé aucun exemple où elle ait pu être observée à son début.

A. -- La lésion.

a) SIÈGE. — Le siège de l'ulcère tuberculeux se trouve avec un maximum de fréquence, au niveau de la *cloison*, dans sa partie antéro-inférieure, à quelques

millimètres de l'orifice externe des fosses nasales, qu'il dépasse rarement pour constituer une ulcération cutané - muqueuse (Sokolowski). Certains auteurs, cependant, ont pu l'observer au cornet inférieur (Luc, Capart). De *dimensions variables*, l'ulcère dépasse rarement 2 cm. 5 à 3 cm. de diamètre et reste localisé à la cloison le plus souvent, bien que dans certains cas on l'ait vu gagner de proche en proche, soit la face muqueuse de l'*aile du nez* correspondante, comme dans l'observation princeps de notre travail et celle de Laveran, soit le *plancher* des fosses nasales (Cartaz, Sokolowsky), soit exceptionnellement la *partie haute de la cloison* (Gerber, Besnier).

b) FORME. — La forme de l'ulcère est variable; souvent *arrondie* ou ovale, elle est parfois *dentelée*, irrégulière, du fait de la progression périphérique inégale du processus; elle n'a rien de caractéristique.

c) ASPECT. — Ce dernier doit être bien connu, car par ses seuls caractères, il permet déjà le diagnostic étiologique. Nous envisagerons successivement le fond de l'ulcère puis ses bords.

Le fond. — Relativement peu creusée, souvent simple exulcération superficielle, la lésion se présente généralement avec un *fond pâle*, *grisâtre*, tapissé de *bourgeons œdémateux* mous, lui donnant un aspect mamelonné, de plaie bourgeonnante atone, dans les anfractuosités de laquelle s'accumulent quelques *exsudats purulents* ou croûteux, peu abondants. Fréquemment, la base sur laquelle repose la lésion présente une *infiltration* plus ou moins accentuée suivant

les cas, et qui peut contribuer à faire paraître l'ulcère plus profond qu'il n'est en réalité, par *épaississement* de ses bords; mais jamais cette base n'est franchement *indurée*.

Notre malade, nous le rappelons, présentait ces caractères, et la description de sa lésion pourrait servir de type à cette étude : la base de son ulcère montrait ces bourgeons pâles, émergeant d'un fond sanieux, muco-purulent, qui se recouvrait le matin de débris croûteux, jaunâtres, peu abondants et facilement décollables. Légèrement infiltrée, son aile du nez, que la lésion avait atteinte, était à peine rouge extérieurement, et avait gardé sa *souplesse normale*. D'autre part, à aucun moment la *perméabilité* de la narine atteinte n'a été modifiée et le sujet n'était pas incommodé par une obstruction nasale comme le fait est signalé dans certaines observations (Tissier, Laveran, Moure). Remarquons toutefois que la perméabilité nasale est quelque chose de très variable, même chez les sujets normaux, suivant le type morphologique du nez.

Nous n'avons pas non plus observé, dans ce cas, le caractère exsudatif important, donnant lieu soit à une *sécrétion purulente abondante* (Besnier, Moure), soit à des *croûtes épaisses* tendant à obstruer la narine (Laveran), ni cette *tendance hémorragique*, responsable d'épistaxis fréquentes, au contact, où lorsque le malade se mouche, signalée par Cartaz. L'ablation des croûtes, chez lui, ne donnait même pas ce saignement.

Les bords. — La lésion que nous venons de décrire

est limitée par des bords ordinairement *rouges violacés*, tranchant sur la pâleur de son fond et sur celle de la muqueuse. *Peu surélevés*, souvent *imprécis*, flous et se confondant insensiblement avec le tissu sain, ils sont légèrement *décollés*, parfois franchement *déchiquetés*, ménageant sous leurs lambeaux de petites *excavations* disséminées. C'est le long de cette bordure que s'observe un élément, très caractéristique du diagnostic, représenté par de petites *granulations*, du volume d'une tête d'épingle d'acier, isolées ou groupées en amas, de coloration *jaunâtre*, mais bien distinctes d'une pustule ordinaire; elles sont visibles sous la muqueuse congestionnée qu'elles affleurent et tout à fait identiques à celles que Trélat et Julliard décrivirent dans les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse buccale. On sait, et nous l'avons déjà dit, que ces petites granulations représentent les lésions de dissémination et d'extension du processus tuberculeux. Elles sont signalées dans presque toutes les observations que nous rapportons.

Dans la zone voisine des bords, la muqueuse est enflammée, rouge, légèrement tuméfiée, mais cette réaction demeure le plus souvent limitée, le reste de la pituitaire étant plutôt pâle.

d) LA DOULEUR. — Parmi les signes fonctionnels, nous attachons une particulière importance à ce symptôme, qui était singulièrement net chez notre malade, et qui n'est pas signalé, nous semble-t-il, avec une constance suffisante, par les divers auteurs.

Sur les 11 observations que nous avons rapportées,

la douleur n'est, en effet, notée que dans deux cas (Besnier, Sokolowski), les autres étant qualifiés peu douloureux (Tissier, Moure), ou indolores. Nous ne voulons pas dire, par là, que ce symptôme a été mal étudié; peut-être ne s'agit-il que d'une différence symptomatologique, tenant à l'atteinte, ou non, par l'ulcère, de la sous-cloison; mais peut-être également, la douleur n'a-t-elle pas été très minutieusement recherchée par *certain*s procédés. L'ulcère que nous avons observé, avait en effet la particularité d'être *peu douloureux* au *toucher* direct avec le stylet, alors qu'une *pression* exercée de haut en bas sur *l'aile du nez* ou sur la *cloison*, et plissant les téguments, réveillait une *douleur très vive*. Elle existe d'ailleurs telle, et peut-être parfois atroce, dans d'autres manifestations ulcéreuses de la tuberculose, et en particulier dans l'ulcère de la langue, des lèvres, de la muqueuse anale, comme dans l'observation de Besnier.

Douloureux par la manœuvre du refoulement de la cloison et de l'aile du nez, l'ulcère tuberculeux peut être l'origine de *douleurs spontanées* plus ou moins accentuées; on a signalé, suivant les cas, une sensation de *gêne* (Moure), de *cuisson* désagréable, de *chatouillement* provoquant le grattage digital (Tissier). Ces signes cependant ne semblent pas être trouvés au début, mais seulement après un certain temps d'existence de l'ulcère.

Il est curieux, enfin, que les observations ne signalent pas de *retentissement ganglionnaire* au cours de ces lésions, et notre malade n'en présentait pas d'appréciable; en revanche, nous rappelons les collections

froides, cervicale et brachiale, sans point de départ osseux apparent, dont il était porteur.

e) EVOLUTION. — L'ulcère ainsi constitué, n'a aucune tendance spontanée à la guérison, il tend, au contraire à gagner en surface plutôt qu'en profondeur, les régions qui l'avoisinent; il atteint en effet, rarement le cartilage comme dans l'observation de Laveran.

Nous avons déjà parlé des modalités de cette extension et nous n'y reviendrons pas; nous savons qu'elle est relativement rapide, et cependant on l'a rarement observée très étendue. On a signalé des *ulcérations multiples* (Moure), qui se réunissant, donnent à la muqueuse cet aspect « *mité* » décrit par l'auteur, mais en général l'ulcération est unique et dépasse rarement 3 cm., sa tendance à l'extension et son évolution se trouvant limitées dans le temps par la mort du malade, qui rapidement vient y mettre un terme.

B. -- Les malades.

Nous avons déjà parlé des malades chez lesquels apparaît l'ulcère tuberculeux, et leur état est bien étudié dans nos observations. Nous y reviendrons brièvement :

Les porteurs de semblables lésions sont toujours des sujets dont le *passé* ou les *antécédents* sont *entachés de bacillose* et qui sont eux-mêmes des tuberculeux avérés, cracheurs de bacilles, présentant de la *matité* des sommets, des *râles* humides, des *craque-*

ments ou des signes *cavitaires* à l'auscultation ; c'est sur ce terrain particulier, au moment où l'organisme fléchit et arrive à la limite de sa résistance, qu'apparaît l'ulcère tuberculeux. Il est toujours *l'indice* d'une *atteinte profonde* par le bacille de Koch, et annonce à plus ou moins brève échéance, l'issue fatale.

Ces malades, chez lesquels peuvent coexister d'autres localisations tuberculeuses, soit *laryngées* (Tissier, Laveran, Moure), *pharyngées* ou *amygdaliennes* (Moure, Luc), *buccales* (Sokolowski) ou *anales* (Besnier), soit des manifestations analogues aux *abcès froids* de notre observation, voient rapidement leurs lésions pulmonaires s'aggraver, leur état général décliner et sont bientôt en proie aux *sueurs abondantes*, à une *toux incessante* accompagnée d'expectoration purulente, à la fièvre hectique ; parfois un pneumothorax, une hémoptysie, ou un épanchement purulent viennent compliquer le tableau ; *l'amaigrissement* et la *perte de forces* sont rapides, et la mort survient bientôt dans la *consommation*.

On a vu avec quelle rapidité dans notre cas, avait évolué la tuberculose pulmonaire de notre malade, et l'extension qu'avaient prise les lésions laryngées qui coexistaient avec l'ulcération nasale ; nous signalerons, par suite de sa rareté, le singulier aspect qu'avait revêtu dans les jours qui précédèrent la mort, la muqueuse du pharynx et du voile. Pour toutes ces raisons, le cas clinique qui fait l'objet de notre thèse est particulièrement complet et représentatif de ce qu'est en réalité l'ulcère tuberculeux de la muqueuse pituitaire.

L'ulcération qui, en elle-même, ne comporte pas un pronostic de gravité, n'est donc qu'un épisode perdu, qu'un *épiphénomène*, au milieu du drame qui se dénoue ailleurs, et son apparition est l'indice de la déficience du terrain imprégné de tuberculose, sur lequel elle évolue. Elle est le plus souvent le signe avant-coureur d'une fin prochaine.

Etant donné ces conditions particulières dans lesquelles il est observé, le diagnostic et le traitement de l'ulcère tuberculeux du nez ne présentent qu'un intérêt restreint; les dernières pages de ce travail y seront consacrées.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de la lésion sera le plus souvent facile et on la rattachera rapidement à sa véritable origine. Il repose sur trois ordres de faits :

En premier lieu, l'*aspect clinique* caractéristique de la plaie tuberculeuse orientera ce diagnostic, que les *antécédents* du malade, les *lésions pulmonaires* ou laryngées concomitantes, l'atteinte de l'*état général* viendront éclairer et que confirmera l'*examen bactériologique* du produit de raclage de l'ulcère. La confusion est en général impossible, en présence de ces données ; cependant, il convient de savoir qu'il existe à la pituitaire d'autres ulcérations d'étiologie différente.

Le *lupus*, autre manifestation de la tuberculose nasale, prêterait rarement à confusion. L'*ulcération lupique*, en effet, est une lésion peu profonde, parfois très infiltrée, recouverte d'une couenne jaunâtre, indolore, et présentant souvent des îlots de cicatrisation. Elle évolue très lentement chez des sujets ne présentant pas de lésions viscérales, et elle ne contient pas de bacilles de Koch.

On a signalé aussi :

Les ulcérations de la *rhinite atrophique*, l' « *ulcère*

variqueux » de la pituitaire ; évoluant chez des sujets indemnes de tuberculose, on les éliminera facilement.

L'*ulcération syphilitique*, observée surtout au cours des manifestations tertiaires, a d'autres caractères ; elle *infiltré* davantage les téguments, avec une tendance nette à *obstruer* les narines. Le processus n'est pas seulement ulcéreux, mais ulcéro-croûteux et il se forme dans le nez des *croûtes* épaisses, adhérentes, qui au moment où on les détache, donnent lieu à un *saignement* assez abondant. Le nez est infiltré et dur, les lésions sont *indolentes* ou peu douloureuses, l'état général, bien conservé ; parfois d'autres lésions tertiaires, débordant des fosses nasales, envahissent la lèvre supérieure. On ne trouve *pas d'adénopathie*. Enfin l'étude des antécédents, les renseignements sérologiques constituent autant d'appoints pour le diagnostic. Il faudra toujours se méfier de porter le diagnostic d'ulcère tuberculeux du nez, chez un malade à nez infiltré, bouché et indolore, et dont l'examen général n'aura montré aucune lésion concomitante évolutive de tuberculose. L'épreuve du traitement, dans ce cas, devra toujours être tentée, parmi les moyens de diagnostic.

Les *épithéliomas*, de type ulcéreux, qui pourraient être confondus avec l'ulcère tuberculeux, sont très rares, et l'étude des malades permettra, dans les cas de tuberculose vraie, par la coexistence d'autres lésions, d'établir la nature de l'ulcération.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de l'ulcère tuberculeux perd dans nombre de cas beaucoup de son intérêt, étant donné l'évolution rapidement mortelle des localisations viscérales. Il comprendra néanmoins, en dehors du *traitement local*, le *traitement général* de toute tuberculose, que nous n'étudierons pas ici.

TRAITEMENT LOCAL. — L'apparition de l'ulcère tuberculeux devra toujours entraîner des soins d'hygiène locale, consistant :

Soit en *lavages antiseptiques* soigneux, avec une solution boricuée chaude, ou avec du sérum artificiel sous faible pression ;

Soit en application de *pommades* légèrement antiseptiques ou d'*huiles aromatiques* (Goménol, Eucalyptol), et ayant pour but de déterger les lésions et d'enlever les croûtes en même temps que d'éviter, dans une certaine mesure, les infections surajoutées.

La douleur qu'occasionne souvent l'ulcère tuberculeux sera calmée par des *anesthésiques locaux* classiquement utilisés par les spécialistes (cocaïne, Liquide de Bonin).

On a pu tenter la cure de certains ulcères tuberculeux par les *méthodes électriques* :

Etincelage diathermique ;

Electrocoagulation ;

Galvano-cautérisation ;

amenant la destruction des tissus malades ; mais ces moyens ne sont guère applicables dans les localisations nasales, pour lesquelles les *méthodes cautérisantes chimiques* restent la thérapeutique de choix. Ces moyens, d'ailleurs, le plus souvent, ne peuvent être que palliatifs et ne doivent qu'accompagner le traitement général.

Les divers procédés utilisent des *caustiques chimiques* dont les meilleurs semblent être :

L'*Acide lactique*, en solution aqueuse ou glycinée à 5 ou 10 %. Cartaz en a obtenu de bons résultats avec des concentrations de 10 à 25 et 50 %.

Le *Naphtol camphré*.

Le *Phénol sulforiciné*.

Le *Parachlorphénol*, à 50 %.

L'*Acide trichloracétique* qui, selon Bonain, est supérieur à tous les autres produits ; à la fois caustique, anesthésique faible, et antiseptique, on l'utilise fondu, en attouchements locaux.

Ces diverses cautérisations, faites après analgésie préalable, peuvent être répétées deux ou trois fois par semaine. Elles pourront être suivies d'applications de *permanganate de potasse* ou d'*iodoforme*, soit en poudre, soit glycinés.. Dans l'intervalle des attouchements on fera deux à trois fois par jour des badigeon-

nages au *bleu de méthylène* à 1 ou 2 %, ou au *permanganate de potasse*, à 1 ou 5 %.

Nous réserverons enfin une place de choix au traitement préconisé par MM. Nicolas et Pillon, qui a donné à ces auteurs d'excellents résultats, même dans certains cas où il existait des localisations viscérales. Il consiste en attouchements répétés toutes les trois semaines à l'aide d'un coton imbibé de la solution suivante :

Chlorure de zinc..... 3 grammes

Alcool à 80° q. s. 10 grammes

On fait, après chaque séance, un badigeonnage à la teinture d'iode pure, et dans l'intervalle des cautérisations, des badigeonnages quotidiens avec de l'*alcool iodé* (alcool à 50° : 90 gr. ; teinture d'iode : 10 gr.).

On peut ainsi obtenir une cicatrisation après un nombre minime de cautérisations.

Enfin, on n'oubliera pas, comme nous l'avons dit, le traitement général qui demeure l'élément le plus important.

CONCLUSIONS

I. — Des types multiples de lésions de la muqueuse pituitaire ont été décrits, et pour certaines de ces lésions, leur rattachement à la tuberculose est contestable. Il existe, par contre, des lésions tuberculeuses vraies, virulentes, dont on ne saurait contester la nature. L'une des plus typiques est représentée par l'ulcère tuberculeux.

II. — Caractérisé par son aspect clinique, son mode de progression, son évolution, il ne l'est pas moins par des arguments anatomo-pathologiques et surtout bactériologiques, dont le plus important est la présence du bacille de Koch dans ses sécrétions. Il l'est également par la coexistence de lésions tuberculeuses d'autre siège, et particulièrement de lésions pulmonaires, relevées dans toutes les observations.

III. — L'ulcère tuberculeux de la pituitaire, d'ailleurs rare, est secondaire, et s'observe chez les tuberculeux évolutifs. La plupart de nos observations montrent qu'il s'agissait de malades gravement atteints, présentant souvent des lésions de voisinage analogues aux lésions laryngées graves observées chez notre sujet.

IV. — Le diagnostic est généralement facilité par la coexistence de ces localisations tuberculeuses antérieures.

V. — Le pronostic est dominé par la gravité de ces atteintes viscérales.

VI. — Le traitement, le plus souvent, ne peut être que palliatif ; cependant, dans certaines formes moins sévères où l'état général n'est pas aussi profondément atteint, un traitement curatif de la lésion locale pourra être tenté. Certains caustiques chimiques, tels que le chlorure de zinc, ont donné en pareil cas d'incontestables succès.

Vu : *Le Doyen,*
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
FAVRE..

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR (L.) et TIXIER (V.). — Contribution à l'étude de la tuberculose nasale. (*Congrès intern. de laryngol.*, Paris 1900).
- (*Annales des maladies de l'oreille*, 1900, T. II, p. 277-278).
- BONAIN. — Emploi de l'acide trichloracétique dans les tuberculoses ulcéreuses du nez. (*Revue de Laryngol.*, 1922, p. 695).
- BOUTARD (J. B. A.). — De la tuberculose nasale. (*Thèse de Paris* 1888-89, n° 258).
- CABOCHE (H.). — Contribution à l'étude de la tuberculose de la pituitaire. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1907, p. 321-428.)
- CAPART. — Contribution à l'étude de la tuberculose. (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Belgique*, T. IV, p. 785.)
- CARTAZ (A.). — De la tuberculose nasale. (*France Médicale*, 13 juillet 1887, 10007, 1020, 1033, 1044.)
- CARTAZ (A.), CASTEX (A.), BARDIER (H.). — Maladies du nez et du larynx. (Libr. J.-B. Baillière et fils, 1912, p. 113-120.)
- COLLET. — La tuberculose du larynx et des voies aériennes supérieures. (Doin et Cie, édit.)
- DEMME (R.). — (*Berli. Klin. Woch.*, n° 15, 1883.)
- DROUBROWSKY (A.). — Tuberculose du nez. (*Arch. Intern. de Laryngol.*, 1929, T 2, p. 925.)
- ESCAT (E.). — Distinction clinique du lupus et de la tuberculose des voies respiratoires supérieures. (*Annales des Mal. de l'Or.*, oct. 1905, p. 313-324.)

- FRANKEL. — (Ziemssen, *Sper. Pathol. U. Thérap. IV.*) Kvankeiten des respirations apparatés, I, 1879.
- HAJEK. — Die tuberculose des Nasenschleimhaut. (*Internat. Klin. Rundschau*, 1889), 13, 118, 174, 214.
- HERZOG. — (*American Journal of Med. Sc.*, déc. 1894.)
- LAVERAN. — (*Union médicale*, n° 35-36, 1877.)
- (*Bullet. de Soc. méd. des Hôp.*, Paris 1876, p. 394.)
- LERMOYEZ. — Tuberculose nasale. (*Société d'O.R.L.*, Paris 12 févr. 1909.)
- MARGAROT (J.) et TERRACOL (J.). — Tuberculose et tuberculides nasales. (Editions Delmas, 1938.)
- MARTUSCELLI (G.). — Tuberculose nasale. (*Arch. ital. di Laryng.*, n° 1, janvier 1904.)
- MASSEI (T.). — Lupus et tuberculose du nez. (*Rev. hebd. de Laryngol.*, 11 mars 1905.) 273, 284.
- MELZI (U.). — Ulcération tuberculeuse primitive du cornet. (*Arch. intern. de Laryngol.* 1904, p. 109-123 F1).
- MORRELL et MACKENZIE. — Maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne.
- OLYMPITIS. — Tuberculose de la muqueuse nasale. (*Thèse de Paris*, 1889-90.)
- PAUTRIER (L.-M.). — Nouvelle pratique dermatologique, T. III, Ulcère tuberculeux, p. 453-474, 12 F).
- PLICQUE (A. F.). — De la tuberculose des fosses nasales. (*Ann. des mal. de l'or.*, déc. 1890.)
- PORTMANN et RETROUVEY. — Les voies aériennes supérieures et la tuberculose.
- RIEHL (G.). — Zwei Fälle von Tuberkulose. (*Wien. Med. Woch. der Haut*, 1881, 1229-1260.)
- RETROUVEY (H.). — Tuberculose des fosses nasales. (*Revue de Laryngol.*, 15 janvier 1927, p.15-36.)
- SPILLMANN (P.). — De la tuberculisation du tube digestif (*Thèse d'agrégation*, 1878. Paris, Savy, p. 23.)
- SOKOLOWSKI (A.). — *Gazeta Lekarska*, n° 15, 1885. Przypadek owrzodzenia gruzliczého blony slusonez nosu, n. 298-301.

WILLIGK. — Präger Wierteljahrsschrift, 1853. T. XXXVIII,
p. 4.

COZZOLINO (V.). — La tuberculosi delle cavita nasali. (*Gaz.
Med. Roma*, T. XV, 1889.)

RUSSO FRATASSI. — Contribution clinique et histologique à
l'étude des ulcérations tuberculeuses du nez. (*ORL
Italiana*, T. III, p. 186, 1933.)

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction	9
CHAPITRE II. — Formes cliniques de la tuberculose de la muqueuse pituitaire	29
CHAPITRE III. — L'ulcère tuberculeux du nez	35
CHAPITRE IV. — Diagnostic	49
CHAPITRE V. — Traitement	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

